

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Guy POUMAILLOUX

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Mars 1917, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).

Présentée et soutenue publiquement le 19..

8 FEV 1945

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
THYROÏDES ACCESSOIRES**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

8 FEB 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **POUMAILLOUX.**

Prénom : **Guy.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

POUMAILLOUX (Guy). —Contribution à l'étude des thyroïdes accessoires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 79 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

POUMAILLOUX (Guy). —Contribution à l'étude des thyroïdes accessoires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 79 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

POUMAILLOUX (Guy). —Contribution à l'étude des thyroïdes accessoires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 79 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

POUMAILLOUX (Guy). —Contribution à l'étude des thyroïdes accessoires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 79 p., 2 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Guy POUMAILLOUX

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Mars 1917, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
THYROÏDES ACCESSOIRES**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LEON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DERRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie et matière médicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Technique chirurgicale
 Thérapeutique

MM.
 BESANÇON (Justin).
 CATHALA.
 JOANNON.
 DUVOIR.
 BRUMPT (E.).
 PETIT-DUTAILLIS.
 BENARD (Henri).
 CHABROL.
 BAUDOUIN.
 HAZARD.
 BINET (Léon).
 STROHL.
 MOULONGUET.
 AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*).
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*).
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique .	Mlle GAUTHIER-	générale . . .	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie . .	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale .	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.	Médecine légale .	SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNCK-		DIGONNET.
Chirurgie	BRENTANO.	Obstétrique . . .	LACOMME.
générale . . .	MENEGAUX.		SUREAU.
	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophthalmologie .	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie . .	HALPHEN.
	N...	Parasitologie . .	LAVIER
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	coloniale	N...
Hygiène	N...	Pathologie	
	BARIETY.	expérimentale .	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie .	Mlle J. LEVY.
Médecine	BOULIN.		N...
générale	BROUET.	Physiologie . . .	RICHET.
	CACHERA.		N...
	COSTE.	Physiologie	
	DELAY.	médicale	DESGREZ (H.).
	GARCIN.	Thérapeutique .	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

Clinique chirurgicale .	}	MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale	}	MM. ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale . .		ECALLE.	Clinique urologique . . .		FEY.

V. — CHARGES DE COURS

Puériculture . . .	MM. N...	Stomatologie . . .	MM. DECHAUMR.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

Secrétaire de la Faculté	MM. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible, mais sincère témoignage de profonde affection et de grande reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

Avec toute ma tendresse.

A MON FRERE

Affectueusement et amicalement.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR MARCEL POUMAILLOUX

Médecin des Hôpitaux

*Qui m'a toujours donné
l'exemple du travail et des plus
hautes qualités morales, qui m'a
guidé et conseillé au cours de
mes études et m'a reçu et traité
comme son fils au sein de sa
famille si accueillante.*

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MES CAMARADES DE GUERRE ET D'ETUDE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique O. R. L. à la Faculté de Médecine

Chef du Service O. R. L. de l'Hôpital Piccini

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse, à laquelle il a bien
voulu prêter quelque attention.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BRULE

*Dans le service duquel nous
regrettons de n'avoir pu faire,
du fait de la guerre, qu'un trop
court séjour; nous espérons que
notre temps d'externat chez lui
ne sera qu'ajourné.*

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GILBRIN

son Assistant

*Que nous remercions vivement
de nous avoir inspiré le sujet de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI WELTI

Chirurgien des Hôpitaux

ET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. HUGUENIN

Médecin de l'Institut du Cancer

*Qu'ils reçoivent ici nos remer-
ciements et soient assurés de
notre gratitude pour nous avoir
si aimablement et si efficace-
ment aidé dans ce travail.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE ANNEXE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE DE ROCHEFORT

*Qui nous instruisirent au
cours de notre première année
et surent nous faire aimer la
Médecine.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

STAGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR H.-R. MONIER-VINARD
(1940-41) *In memoriam.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ RENÉ MOREAU
(1938-39).

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE (1938-39).

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CATHALA (1940-41).

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. SEZARY (1941-42).

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA (1941-1942).

Accoucheur des Hôpitaux.

REPLACEMENT D'EXTERNE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN (1941).

EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRODIN (1942).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT
(1942-43).

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. DONZELOT (1943).

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DEROT (1943-44).

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LIAN (1944).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BRULE (1944-45).

INTRODUCTION

Ainsi que le dit CATTEL de Boston : « Dans son sens le plus large, le terme « *Thyroïdes accessoires* » comprend toutes les formations de tissu thyroïdien en dehors de la glande thyroïde elle-même et sans connexion avec elle ». SCHRAGER et les auteurs de langue anglaise préfèrent, d'une façon générale, le terme de « *tissu thyroïdien aberrant* » ; ce qui semble indiquer plus nettement qu'il s'agit de formations bien séparées de la vraie thyroïde.

Nous emploierons indifféremment l'une ou l'autre de ces expressions.

■
**

Le Tissu thyroïdien aberrant peut présenter la structure d'une glande thyroïde normale ou pathologique.

*
**

Deux grands groupes de thyroïdes accessoires peuvent être distingués, tant par leurs particularités embryologiques et histologiques que par leur situation anatomique et leurs manifestations cliniques. Ce sont : *les thyroïdes accessoires médianes* développées aux dépens du tractus thyroïdienne et *les thyroïdes accessoires latérales*, d'une origine moins nettement déterminée, situées typiquement latéralement à la veine jugulaire, mais pouvant, en réalité, être trouvées dans tous les triangles du cou.

Par extension, on pourrait également faire entrer dans

le groupe des thyroïdes accessoires le tissu thyroïdien des tumeurs tératoïdes. Les métastases à distance des cancers thyroïdiens n'entrent pas dans le cadre de ce travail.

*
**

Après un rappel de l'historique des thyroïdes accessoires, nous essaierons de faire une étude complète de l'embryologie du corps thyroïde, ce qui est nécessaire pour comprendre la question.

Nous rapporterons ensuite l'observation d'une malade vue dans le Service du Docteur BRULÉ, qui nous a aiguillé vers ce sujet, ainsi que trois observations inédites communiquées obligeamment par le Docteur H. WELTI et le Professeur Agrégé R. HUGUENIN, et faisant partie d'une série de cas dont ils poursuivent actuellement l'étude. Nous y ajouterons quelques observations du Docteur G. CRILE Jr. de Cleveland Clinic, particulièrement typiques et qui, se rapportant aux thyroïdes accessoires latérales, sont, bien que datant de 1939, les dernières publications faites sur ce sujet dont nous ayons pu prendre connaissance.

Puis, nous ferons une rapide étude d'ensemble des thyroïdes accessoires médianes dont la question est actuellement bien définie et auxquelles se rapporte l'observation personnelle déjà mentionnée et l'une des observations inédites qui nous ont été communiquées.

Les thyroïdes accessoires latérales nous retiendront plus longtemps. Leur origine étant discutée, nous essaierons de préciser leur signification et de savoir si, dans certains cas, ces tumeurs qui présentent d'une façon presque constante une structure papillaire, sont bien formées par du tissu thyroïdien aberrant modifié ou bien ne seraient pas plutôt parfois des métastases lymphatiques d'un épithélioma du corps thyroïde.

HISTORIQUE

Le groupe des thyroïdes accessoires a mis longtemps à être individualisé.

En 1779, Albert Von HALLER, qui découvrit la thyroïde, fut le premier à trouver de îlots de tissu thyroïdien, anormalement situés dans le cou.

En 1839, ALBERS employa pour la première fois le terme de glande thyroïde aberrante. GUIBER en publia deux cas en 1845. En 1849, le développement et l'histologie de la thyroïde furent l'objet d'une monographie publiée par MILAN qui décrivit également minutieusement des thyroïdes accessoires.

En 1850, un Anglais, STANLEY, qui fit la première thyroïdectomie, pratiqua également la première excision d'une thyroïde accessoire.

En 1897, de BONCOURT réunit 15 cas de thyroïdes accessoires et de nouveaux cas furent rapportés.

*
**

Certaines sortes de thyroïdes accessoires médianes sont particulièrement rares.

C'est également de BONCOURT qui rapporta le premier cas de tumeur thyroïdienne de la langue, et RIETHUS n'en rapporte que 32 cas connus. Récemment un certain nombre de cas furent publiés (RUBIN, ROY, MARCHAL et SOULIÉ, BUCKMAN, LEMMON).

Les tumeurs thyroïdiennes intra-laryngées et intra-

trachéales sont plus facilement découvertes depuis les méthodes d'exploration directe; BRUNS en 1904, n'en relevait que 11 cas publiés.

*
**

En ce qui concerne le groupe des thyroïdes accessoires latérales, EISELSBERG n'en retrouve que 11 cas en remontant jusqu'à 1901 dans la littérature.

Des cas plus récents furent rapportés par SCHRAGER, PAYR et MARTIN en 1906.

BILLINGS et PAUL ne peuvent trouver entre 1857 et 1923, dans la littérature, que 34 cas indiscutables; eux-mêmes en publiaient un en 1925. FEDELI, à la même date, en rapportait 53 cas.

En 1926, WEGELIN écrivait sur ce sujet et, en 1928, LEECH, SMITH et CLUTE en publiaient 4 cas.

CATTEL, en 1931, en rapporte 13 cas observés et traités à Lahey Clinic. La même année, DUNHILL publie 4 cas personnels.

En 1932 MORITZ et BAYLESS rapportent 6 observations de tumeurs des thyroïdes accessoires latérales et en recueillent 103 cas dans la littérature. LAWTON en publie 3 cas, et Frank FORTY 13 cas en 1933. Victor G. HENTZ fait en 1935 une publication sur ce sujet dans « Medical Record » et S. CHWAT de Nancy publie dans « l'Oto-Rhino-Laryngologie Internationale » un cas de tumeur thyroïdienne aberrante latérale maligne.

Enfin, plus récemment, en 1939 George CRILE Jr. recueille dans la littérature 26 nouveaux cas en plus de ceux de MORITZ et BAYLESS ce qui en porte le nombre à 135 et publie dans « Surgery Gynecology and Obstetrics » et dans « J. A. M. A. » 17 cas opérés par lui à Cleveland clinic.

Depuis cette époque CATTEL, COHN, HAMECD en 1940, SMITH, TOUROFF en 1941, ont publié sur ce sujet, mais nous n'avons pu nous procurer leurs ouvrages.

EMBRYOLOGIE

Il est indispensable, pour bien comprendre la signification des thyroïdes accessoires, d'envisager soigneusement l'embryologie du corps thyroïde. Cette embryologie explique facilement l'origine des thyroïdes accessoires médianes. L'embryologie des thyroïdes accessoires latérales est plus difficile à expliquer et plusieurs théories ont été avancées à ce sujet; elles changent à mesure qu'évolue l'embryologie du corps thyroïde lui-même.

**

Primitivement, on pensa à la suite des travaux de RÉMAK sur le poulet et de KOLLIKER sur le lapin qu'il n'existait qu'une ébauche, médiane, du corps thyroïde.

Ensuite en 1880, WÖLFLE et STIEDA prétendirent, au contraire, que le corps thyroïde ne tirait son origine que de deux ébauches latérales.

Puis, à la suite des travaux de HIS, BORN (1885) et de PRENANT (1891), on admit que le corps thyroïde provenait de deux sources : une médiane au niveau du plancher du pharynx et deux latérales, venues pour BORN d'un diverticule de la deuxième fente, ou plutôt poche, branchiale entodermique et pour PRENANT de la quatrième poche.

Plus tard à la suite de la découverte de l'origine des parathyroïdes et du thymus à partir des troisième et

quatrième poches entodermiques, on a pensé à nouveau que le corps thyroïde tirait son origine d'une seule ébauche médiane, les ébauches latérales disparaissant, par la suite, sans contribuer, de façon définitive, à l'édification de tissu glandulaire.

Plus récemment enfin, ROGERS et BADERTSCHER (en 1916) prétendent que, chez le rat et le porc, les parties latérales de la thyroïde se développent à partir d'ébauches latérales distinctes, provenant des cinquième poches pharyngiennes, ou plus exactement d'un bourgeon épithélial de chacune de ces deux poches ou corps ultimo-branchial. KINSBURY, chez l'homme, trouve que la descente des corps ultimo-branchiaux et leur fusion avec l'ébauche médiane se font au stade de 12 à 15 mms; mais il prétend que, au contraire de ce qui se passerait chez le rat et le porc, cette ébauche latérale, une fois fusionnée, deviendrait bientôt indiscernable et disparaîtrait finalement sans laisser de traces.

C'est également l'opinion de NORRIS qui, après avoir étudié 72 embryons, trouve lui aussi que la fusion se fait au stade de 15 mms. puis qu'il y a atrophie et que les ébauches latérales, aux dépens des corps ultimo-branchiaux, ne donnent, en fin de compte, naissance à aucune partie du corps thyroïde.

DUBREUIL de Bordeaux dans son livre publié en 1929 pense que ces ébauches latérales dérivées de la cinquième poche ne peuvent donner que des vestiges logés dans les lobes latéraux (vestiges des corps post-branchiaux des sauropidés). Il conclut, comme NORRIS et KINSBURY, en disant que la totalité du corps thyroïde, isthme et lobes latéraux, provient uniquement de l'ébauche médiane.

En résumé, l'embryologie du corps thyroïde ne semble pas encore établie tout à fait définitivement. Un fait paraît certain, c'est que, quoiqu'il en soit, la majeure partie de la glande thyroïde provient de l'ébauche mé-

diane, les théories modernes ne faisant pas jouer de rôle appréciable, puisqu'il y aurait disparition après la fusion, aux ébauches latérales qui viendraient des corps ultimo-branchiaux.

L'ébauche médiane apparaît au stade de 4 mm., à la troisième semaine de la vie embryonnaire, au niveau du champ méso-branchial, en arrière du tuberculum impar, sous forme d'une prolifération de l'épithélium entodermique en direction caudale dans le mésoderme. Ce bourgeon progresse le long de la face antérieure du larynx. Pour certains auteurs, ce tractus thyroïdienne est d'abord un cordon creux qui se transforme en cordon plein au stade de 5 mm. et commence à se fractionner au stade de 6 mm., des vestiges persistent jusqu'au stade de 15 mm. et souvent même plus tard. L'extrémité tout inférieure du tractus thyroïdienne donne le bourgeon thyroïdien aux dépens duquel va se développer la totalité ou la plus grande partie du corps thyroïde selon les conceptions; tandis que la moitié inférieure du tractus proprement dit donne plus particulièrement la pyramide de Lalouette qui peut être longue, remontant jusqu'à l'os hyoïde, courte ou même absente. D'ailleurs la persistance décelable du tractus thyroïdienne dans le corps thyroïde de l'adulte serait très fréquente (FLORENTIN et ROIG 1928). Le segment supérieur se termine, chez l'adulte, au niveau du foramen coecum qui est situé au sommet du V lingual, séparant l'ébauche de la base de la langue de celle du segment antérieur, et qui peut être prolongé à l'intérieur de la langue par le canal de Bochdaleck. Ce segment supérieur du tractus thyroïdienne, que l'on fait aller jusqu'à l'os hyoïde et qui passe, cela est maintenant admis par la plupart des auteurs (RÉMY-NÉRIS) en avant de l'os hyoïde, subit normalement un morcellement et

ces vestiges disparaissent, comme nous l'avons vu, au stade de 15 mms: et quelquefois plus tardivement:

*
**

C'est la persistance de ces vestiges du tractus thyro-glosse qui est à l'origine des thyroïdes accessoires médianes. Il arrive souvent d'ailleurs que ces vestiges, ne subissant pas de différenciation tissulaire, mais gardant leur structure initiale (épithélium pavimenteux, avec quelquefois des éléments cylindriques ciliés ou des glandes muqueuses), soient à l'origine de kystes cervicaux. Pour WENGLOWSKI, le troisième mois serait une période critique, les vestiges persistant encore à cette date se retrouveraient à la naissance et même chez l'adulte. Leur poussée kystique ne s'effectue qu'assez tard dans les derniers mois de la vie intra-utérine.

Quand ces vestiges prolifèrent en se différenciant en tissu glandulaire, ils aboutissent à la formation de thyroïdes accessoires. Ces thyroïdes accessoires médianes, de même que ces kystes congénitaux, sont situées dans l'aire thyroïdienne de WÖLFER, aire triangulaire s'étendant du maxillaire inférieur à la crosse aortique. On conçoit que les thyroïdes accessoires médianes puissent s'échelonner sur toute la hauteur du tractus thyro-glosse et puissent ainsi se diviser en glandes accessoires supérieures (linguales, sus-hyoïdiennes, hyoïdiennes, sous-hyoïdiennes et crico-thyroïdiennes) et glandes accessoires inférieures, développées à partir d'un prolongement inférieur du tractus thyro-glosse et situées, en-dessous du corps thyroïde, dans la région thoracique supérieure. Ces glandes accessoires médianes peuvent, d'autre part, être plus ou moins déportées latéralement ou se développer intra-laryngées ou intra-trachéales.

Il ne faut pas confondre les thyroïdes accessoires avec des îlots plus ou moins considérables de tissu thyroïdien

provenant du morcellement du parenchyme glandulaire. Ces fausses thyroïdes accessoires en relation plus ou moins complète avec la glande thyroïde se constituent au cours de la vie extra-utérine par atrophie de certains segments de la glande.

*
**

Si le développement des thyroïdes accessoires médianes n'offre aucune discussion, il n'en est pas de même de celui des thyroïdes accessoires latérales. En effet, les théories varient suivant le mode de développement du corps thyroïde que l'on admet.

Avec les théories de HIS, BORN et PRENANT, qui supposaient que le corps thyroïde tirait son origine de deux sources, il était possible d'expliquer la présence dans le cou de tissu thyroïdien latéral par un manque de fusion des ébauches latérales et médianes, les thyroïdes accessoires provenant de débris épithéliaux restés dans le cou.

Plus tard, l'hypothèse d'une ébauche thyroïdienne latérale aux dépens des troisième et quatrième arcs a été rejetée quand on a découvert l'origine branchiale des para-thyroïdes et du thymus. On pensait alors que les arcs branchiaux ne pouvaient donner également du tissu thyroïdien. De ce fait l'origine des thyroïdes accessoires latérales, aux dépens d'une ébauche latérale, s'est trouvée insoutenable. On a supposé alors qu'elles pouvaient tirer leur origine de fragments détachés du tractus thyro-glosse pendant la descente de la glande dans le cou, hypothèse maintenant complètement abandonnée.

Actuellement, on a tendance à admettre que les thyroïdes accessoires se développent à partir de la cinquième poche branchiale entodermique, ou plutôt des corps ultimobranchiaux provenant d'un bourgeonnement de cette poche. Cette théorie est soutenue par LEECH et ses collaborateurs qui disent en substance que le développe-

ment de la thyroïde est constamment associé à la migration et à la fusion de cellules épithéliales dérivées des corps ultimo-branchiaux; ces masses épithéliales peuvent varier considérablement dans leur nombre et dans leur emplacement. Les glandes latérales aberrantes qui en dérivent, ont, dans la plupart des cas, une forte tendance à devenir papillaires et kystiques, association qui ne se verrait pratiquement jamais dans le tissu thyroïdien d'origine linguale. Ces faits, disent-ils, suffisent à identifier ces tumeurs comme un groupe spécifique et à faire la preuve de leur origine embryonnaire. Ce serait donc un arrêt de cette descente latérale et une atrophie des bourgeons des corps ultimo-branchiaux, qui seraient à l'origine des thyroïdes accessoires latérales. Ce serait là également pour CARTEL l'explication logique de leur origine.

Pour Van den WILDENBERG, c'est bien encore à partir d'une ébauche branchiale que se constituent les thyroïdes accessoires latérales; mais ce serait d'une façon tout à fait anormale que l'épithélium, tapissant les trois dernières poches branchiales et se différenciant très précocement pour donner les para-thyroïdes, le thymus et les corps ultimo-branchiaux, pourrait aboutir à la formation de tissu thyroïdien. En effet, dit-il : « On ne peut expliquer que par une anomalie d'évolution l'existence de ces tumeurs qui contiennent à la fois du tissu thyroïdien et para-thyroïdien dont KOCHER, LANGHANS, de PAOLI, FIORI ont rapporté des exemples ». Lui-même rapporte un cas de tumeurs thyroïdiennes multiples renfermant du tissu thymique à côté de tissu thyroïdien de structure anormale.

Pour d'ABREU, l'origine branchiale ne serait pas satisfaisante, il lui semble préférable avec FRAZER et WOOLLARD de penser que ce sont les vaisseaux sanguins du cou auxquels la thyroïde est intimement attachée, qui

entraînent avec eux de petites portions de tissu thyroïdien.

Enfin, FORTY rapporte une autre hypothèse basée sur les recherches de WILLIAMSON et PEARSE (1930) qui estiment que deux systèmes lymphatiques drainent le corps thyroïde, un système drainant vers les ganglions du cou et le système thyro-thymique qui est un système clos comprenant une partie intra et une partie extra-thyroïdienne. WILLIAMSON et PEARSE pensent que la distribution des cancers thyroïdiens dans cette région se fait à partir de ce système thyro-thymique qu'ils considèrent comme un appareil fonctionnellement et embryologiquement distinct qui, à un certain stade de développement, est une large cavité kystique envahissant tout le cou, de la base du crâne au médiastin.

*
**

En conclusion nous voyons que, embryologiquement, l'origine des thyroïdes accessoires latérales est très discutée et loin d'être établie.

Il semble qu'actuellement l'origine branchiale à partir des corps ultimo-branchiaux soit la plus couramment admise.

Par contre, la signification des thyroïdes accessoires médianes est nettement établie par l'embryologie.

En tout cas cette étude embryologique montre bien qu'il s'agit là de deux ordres de formations entièrement différents.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

C'est cette observation d'une malade vue dans le Service du Docteur BRÛLÉ, et à l'opération de laquelle nous avons assisté par la suite, qui a été le point de départ de cette thèse.

Madame D., femme de ménage, âgée de 63 ans, entre dans le Service du Docteur BRÛLÉ à Tenon, le 16 octobre 1944, pour de petits signes généraux d'hypertension artérielle. Elle a, en effet, présenté récemment un étourdissement sans perte de connaissance, accompagné de palpitations et ayant duré quelques secondes. La malade se plaint en outre de mouches volantes, de bourdonnements d'oreilles et d'insomnie rebelle, mais elle ne souffre pas par ailleurs de céphalée, de cryesthésie, ni de sensation de doigts morts; elle n'a jamais présenté d'hémorragies d'aucune sorte.

Cette femme a eu quatre enfants et a été ménoposée à 50 ans. Elle a perdu son mari, décédé de tuberculose pulmonaire. Elle n'a jamais souffert de maladie grave, sauf en 1921, date à laquelle elle a subi une thyroïdectomie pratiquée par le Docteur BACHY à Saint-Quentin. La santé de Madame D... fût bonne jusqu'en 1934, à cette époque sont apparus les premiers troubles d'hypertension avec étourdissements et bourdonnements d'oreilles, calmés par le repos. C'est pour des troubles semblables mais plus accentués que cette malade est venue à Tenon.

Il s'agit d'une femme assez forte dont l'état général semble à

première vue satisfaisant. D'emblée on est frappé par l'existence d'une grosseur cervicale gauche, s'étalant à 2 cm. du bord inférieur du maxillaire inférieur et s'étendant, d'arrière en avant, de l'angle de la mâchoire au tiers moyen de la branche horizontale. Elle est de forme ovoïde, bien limitée, de la taille d'un petit œuf dont le pôle postérieur semble bilobé. Sa consistance est ferme, sa surface très légèrement bosselée. Elle est mobile dans tous les sens, n'adhérant pas au plan superficiel, mais semblant adhérer légèrement au plan profond. Elle est d'ailleurs un peu entraînée par les mouvements de déglutition, mais pas autant que ce qu'on peut sentir du corps thyroïde, sur la ligne médiane, plus profond et semblant nettement séparé d'elle. La peau est tout à fait normale à son niveau; aucune douleur n'est réveillée par la palpation. Cette masse cervicale est absolument indolente et n'entraîne aucun trouble local, ce qui explique que, apparue il y a environ, 12 ans et n'ayant pas, au dire de la malade, changé de volume depuis cette époque, cette dernière ne s'en soit jamais beaucoup souciée. Du côté opposé il existe un ganglion sous-maxillaire. La carotide gauche est plus indurée et plus battante que la droite.

Devant la constatation de cette tumeur on essaye d'obtenir quelques précisions sur les circonstances qui ont motivé la thyroïdectomie. Il se serait agi d'un goître développé lentement en une dizaine d'années, gênant la respiration et la déglutition et ne s'accompagnant d'aucun signe d'hyperthyroïdie si ce n'est une certaine nervosité que l'intervention a fait disparaître. L'opération aurait été décidée à la suite d'un rejet de sang par la bouche. Il n'y avait pas de goître dans la famille de cette femme, qui avait toujours vécu dans le département de l'Aisne. Notons que la cicatrice est en bon état, nous avons vu que l'on pouvait palper ce qui reste du corps thyroïde et que cette malade ne présente actuellement aucun signe de dysfonctionnement thyroïdien.

La prise de la tension artérielle montre une hypertension à 21-12 qui a même atteint 30-15 dans les jours suivants. Au cœur on entend un bruit de galop, un souffle systolique et quelques extrasystoles. Le pouls est régulier à 80; les artères périphériques sont relativement souples.

Aux poumons on trouve quelques râles de bronchite aux bases.

La température oscille entre 37° et 38°; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le foie et la rate sont normaux; l'examen neurologique ne révèle rien de pathologique.

On pratique des examens complémentaires, le métabolisme de base est à + 20 %, l'urée à 0 gr. 25, le cholestérol à 2 gr. pour 1.000. Le B. W. est négatif.

Une ponction de la masse cervicale est décidée et pratiquée par le Docteur ICHWALD; elle retire du sang, témoin de la grande vascularisation de la tumeur. Une deuxième ponction permet cette fois de trouver *quelques cellules de type thyroïdien*.

En résumé, il s'agit d'une femme de 68 ans qui, en 1921, à l'âge de 45 ans a subi une thyroïdectomie pour goître et chez laquelle, une dizaine d'années plus tard, est apparue une tumeur sous-maxillaire, indépendante du corps thyroïde, et n'ayant depuis 12 ans subi aucune modification, ni entraîné aucun trouble. La question se pose de savoir s'il s'agit d'une thyroïde accessoire s'étant particulièrement développée à la suite de la thyroïdectomie, ou bien d'une métastase ganglionnaire d'un épithélioma extrêmement latent du corps thyroïde.

L'hypertension de cette malade, qui l'a amenée à consulter et qui, connue depuis une dizaine d'années, a été relativement bien supportée, ne semble avoir aucun rapport avec son histoire thyroïdienne.

Le 1^{er} décembre, cette malade est confiée au Docteur H. WELTI, à la Salpêtrière, en vue d'une intervention qui est pratiquée le 12 décembre 1944 :

Sous anesthésie locale, incision à mi distance entre le maxillaire inférieur et le bord supérieur du cartilage thyroïde dans un pli de flexion du cou, en regard de la tumeur. Après l'incision du peaucier et de l'aponévrose, on tombe sur la masse tumorale, formée de plusieurs gros nodules bien encapsulés. La masse refoule en haut et à droite l'os hyoïde qui était comme basculé, sa face externe gauche tendant à devenir supérieure. En haut et en dehors

un fascia aponévrotique sépare la tumeur de la glande sous-maxillaire qui est refoulée sous la mâchoire. Le pôle supérieur de la tumeur s'insinue à la face profonde de la glande, son pôle postérieur plonge vers la région carotidienne. En bas et en dehors la tumeur répond à la thyroïdienne supérieure, très volumineuse (presque de la grosseur d'une radiale) et qui la sépare du pôle supérieur du lobe gauche du corps thyroïde qui est immédiatement en dehors et en dessous. Après avoir enlevé la masse tumorale, le Docteur H. WELTI extirpe tout ce pôle supérieur du corps thyroïde.

Actuellement le 15 janvier 1945, Madame D..., en dehors des troubles dus à son hypertension, est en parfaite santé.

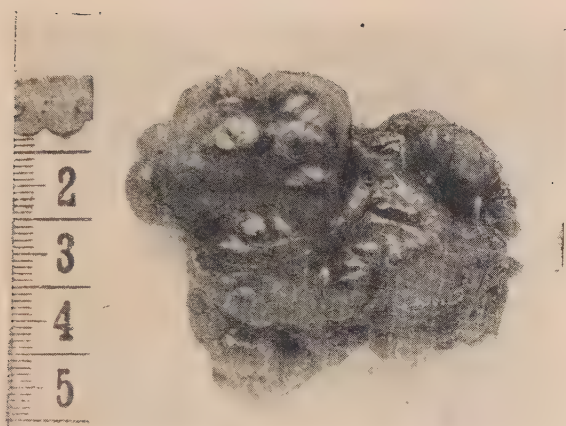
Examen macroscopique :

1°. — *Masse sous-maxillaire* : masse rouge foncé, grossièrement triangulaire à gros pôle postérieur, composée de cinq à six nodules du volume d'une bille environ, chacun légèrement bosselé. Cette masse mesure environ 5 cm. sur 3 cm. 1/2 et pèse 39 gr.; sa consistance est ferme mais irrégulièrement car la palpation met en évidence au sein du parenchyme de petits points particulièrement durs.

A la coupe on voit que la tumeur est bien encapsulée. Le tissu a un aspect kystique gélatineux, jaunâtre à l'intérieur des kystes, rosé pour le reste du parenchyme. On note la présence de petites masses blanches, dures, crissant sous le couteau, disséminées dans tout le parenchyme, et de quelques zones hémorragiques.

2°. — *Masse thyroïdienne* : masse de même couleur que la précédente, également triangulaire mais moins bien lobulée (5 lobules environ moins nettement séparés) et plus volumineuse mesurant 7 cm. sur 4 et pesant 42 grammes. Sa consistance est un peu moins ferme mais parfaitement homogène.

A la coupe, aspect plus franchement kystique. Le tissu semblé mieux organisé et plus régulièrement disposé que précédemment. On ne note pas de petites masses dures, mais il existe également des zones hémorragiques.



Masse sous-maxillaire



Masse thyroïdienne

*Examen histologique pratiqué par le Professeur Agrégé R.
HUGUENIN.*

1°. — *Masse thyroïdienne* : image de goître colloïde banal à très volumineuses vésicules, d'une colloïde très dense. En certaines zones, vésicules plus petites à épithélium parfois cylindrique. En certains points existe une multistratification (à priori, par coupe tangentielle du revêtement). En quelques zones, remaniement scléreux. Aucune image évidente de malignité.

2°. — *Masse sous-maxillaire* : même image de goître colloïde très scléreux avec, en certains points, image d'hyperplasie à hautes cellules cylindriques, souvent endiguée par la sclérose. Quelques cavités kystiques avec précipitation de cristaux d'acides gras. En somme, aspect d'hyperplasie thyroïdienne, avec évolution vers la distension colloïde des vésicules qui est dominante.

**

Donc, toute idée de malignité doit être écartée l'examen histologique ayant montré une image de goître banal, aussi bien au niveau de la masse sous-maxillaire que du fragment thyroïdien.

Par ailleurs une réponse du Docteur BACHY nous apprend qu'il a pratiqué, en 1921, une résection partielle du lobe gauche pour goître polykystique de ce lobe.

En conclusion il s'agit sûrement d'une thyroïde aberrante médiane qui, ainsi que cela se voit généralement, est le siège d'un goître banal coexistant avec un goître analogue du corps thyroïde.

Il est vraisemblable que cette thyroïde accessoire a subi une hyperplasie à la suite de la thyroïdectomie partielle pratiquée une dizaine d'années auparavant.

Notons enfin que dans ce cas la ponction de la tumeur avait permis d'identifier des cellules thyroïdiennes.

OBSERVATION N° 2

(Communiquée par le Docteur H. WELTI)

Monsieur C..., âgé de 61 ans, a remarqué, en mai 1944, l'existence d'une saillie anormale de son larynx, qui d'ailleurs existait vraisemblablement depuis assez longtemps, mais était restée inaperçue. Il s'agissait plus exactement d'une saillie située en avant et au-dessus du larynx. Le malade se plaignait d'une légère gêne à la déglutition mais ne présentait aucun trouble vocal. Depuis cette époque la tumeur a augmenté progressivement de volume pour atteindre les dimensions qu'elle présentait le 7 novembre 1944.

A cette date, l'examen montre l'existence d'une tumeur arrondie, du volume d'une mirabelle, située sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du cartilage thyroïde. Cette tumeur est tendue mais élastique et semble kystique dans sa partie antérieure, en arrière, au contraire, elle est très dure. A l'examen superficiel elle semble adhérer au cartilage thyroïde au niveau de l'échancre médiane, mais en réalité on peut l'en dissocier. Le corps thyroïde n'est pas palpable. On ne note aucune adénopathie.

L'intervention est pratiquée à la même date. Il est possible de cliver la tumeur qui, en avant de la membrane thyroïdienne, s'étend vers le bord inférieur de l'os hyoïde qu'elle n'atteint pas. C'est une tumeur polykystique, à contenu hémorragique; le segment postérieur de la paroi est plus épais, très dur et d'aspect spongieux comme du tissu érectile. En une zone limitée de ce segment postérieur on note la présence d'une petite végétation qui s'est développée à l'intérieur du kyste.

Examen histologique du Professeur Agrégé R. HUGUENIN :

Les divers fragments montrent un épithélioma papillaire végétant, à hautes cellules cylindriques, que l'on voit proliférer dans des zones où l'on retrouve encore des vésicules thyroïdiennes. D'ailleurs certains aspects même rares, mettent en évidence l'origine thyroïdienne de cet épithélioma.

En conclusion, il s'agit d'un épithélioma papillaire végétant formant kystes et se développant aux dépens du tissu thyroïdien. La tumeur est d'ailleurs remaniée par de l'œdème et une sclérose importante.

En janvier 1945, le malade est bien portant.

Cette observation est particulièrement intéressante parce qu'il s'agit d'un épithélioma papillaire développé aux dépens d'une thyroïde accessoire médiane (ici en position sous-hyoïdienne) et qu'il est rare de trouver du tissu de structure papillaire, même bénin, au niveau des thyroïdes aberrantes médianes.

*
**

Les observations qui suivent ont toutes trait à l'étude des thyroïdes accessoires latérales :

OBSERVATION N° 3

(Communiquée par le Docteur H. WELTI
et le Professeur Agrégé R. HUGUENIN)

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans qui, réglée normalement à l'âge de 15 ans, a depuis des règles peu abondantes et irrégulières. Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Cette malade aurait présenté de tous temps une hypertrophie « ganglionnaire » au niveau du cou sous forme de petits « ganglions durs », roulant sous le doigt.

En 1936, après une typhoïde, un de ces « ganglions » augmente de volume jusqu'en 1939. Ce ganglion est situé sur la face latérale gauche du cou, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, à deux travers de doigt de la pointe de la mastoïde.

Une deuxième grosseur apparaît ensuite, juste au-dessous de la précédente, et, en 1940, deux masses analogues surviennent simul-

tanément : l'une très dure au-dessus du 1/3 interne de clavicule, l'autre à la partie inférieure de la chaîne spinale des ganglions du cou.

En 1941 cette dernière grosseur est enlevée pour biopsie qui montre la présence de *tissu thyroïdien*. A la suite de cette opération deux nouvelles grosseurs apparaissent : l'une sous l'angle du maxillaire à gauche, l'autre au voisinage de la grosseur extirpée.

La Curiethérapie est pratiquée à droite par le Professeur Agrégé R. HUGUENIN; elle a fait diminuer les masses et les a libérées, car les nodules étaient conglomérés les uns avec les autres, et, au bout de plusieurs mois, l'intervention, jusque-là impraticable, est devenue possible. A la suite de ce traitement sont survenues une poussée d'œdème du cou et de la face et une légère dysphagie; par ailleurs on ne note aucun trouble.

L'examen en juin 1942 montre la présence, au niveau de la face latérale du cou, de nombreuses grosseurs bien limitées et mobiles à l'exception de celle située à l'angle du maxillaire qui semble un peu fixée. Le lobe droit du corps thyroïde plaqué sur la trachée paraît légèrement augmenté de volume. La malade n'accuse toujours aucun trouble.

A l'intervention, à la même époque, le Docteur H. WELTI pratique un curage de l'ensemble des masses considérées jusque-là comme des ganglions et une ablation du sterno et de la jugulaire interne depuis la clavicule jusqu'à la pointe de la mastoïde. Les nodules les plus bas situés sont au contact de la clavicule. La plupart sont dans le creux sus-claviculaire : les uns au voisinage de l'artère cervicale transverse, les autres mêlés aux filets du plexus brachial et leur dissection est douloureuse. Un ganglion se trouve au-dessus de l'omo-hyoïdien, au contact de la thyroïdienne supérieure, d'autres sont disséqués au voisinage du digastrique, mais à ce niveau et plus en arrière on trouve de petits ganglions qui semblent normaux. L'examen extemporané montre qu'il s'agit de nodules constitués de tissu thyroïdien. A la fin on résèque le lobe droit du corps thyroïde qui, peu augmenté de volume, est très vasculaire, très friable et semble envahir la trachée.

Examen histologique :

1°. — *Fragment thyroïdien* : remaniement fibreux très dense isolant des vésicules où les cellules sont en grande partie dégénératives ; sans doute aspect dû à l'action du radium. Dans les zones où le corps thyroïde est relativement conservé, les vésicules, avec des volumes différents, n'ont pas l'aspect d'une néoplasie maligne.

2°. — *Nodules* : dans l'ensemble aucune trace de structure ganglionnaire. Aspect variable et beaucoup plus manifestement néoplasique. Dans certains nodules il existe un remaniement scléreux et une atrophie vésiculaire. Dans l'ensemble l'aspect est toujours vésiculaire mais il s'y surajoute des aspects papillaires, par place tellement volumineux et massifs avec des multistratifications, que le diagnostic d'épithélioma est patent. Dans certains nodules il n'y a que cet aspect papillaire, dans d'autres il est mêlé à des aspects vésiculaires, dans certains la sclérose et l'œdème de l'axe des villosités explique un aspect pseudo-chorial de la tumeur. Dans un nodule coexistent des nappes lymphoïdes périphériques, seul argument faisant penser à la possibilité de ganglions.

Une autre masse enlevée comme nodule est en réalité un envahissement diffus et massif de la graisse par une épithélioma vésiculaire.

Un paquet graisseux avec des ganglions, montre un ganglion en hyperplasie réticulaire et un autre avec un envahissement métastatique périphérique.

En conclusion : épithélioma vésiculo-papillaire avec métastases ganglionnaires ; mais surtout, semble-t-il : épithélioma des corps thyroïdes aberrants.

Depuis l'intervention, d'autres nodules sont réapparus, certains ont augmenté de volume.

Nous verrons plus loin l'intérêt que présente ce cas et les hypothèses qu'il peut faire soulever.

OBSERVATION N° 4.

(Egalement communiquée par le Docteur H. WELTI
et le Professeur Agrégé R. HUGUENIN)

Madame G..., âgée de 30 ans, voit apparaître en 1936 alors qu'elle était en traitement depuis deux ans dans un sana. pour tuberculose pulmonaire, une chaîne ganglionnaire cervicale droite. On pense alors à une adénopathie tuberculeuse. De 1936 à 1943 ces ganglions restent stationnaires.

En mars 1943 apparaît une nouvelle grosseur au niveau du cou, sur le lobe droit de la glande thyroïde qui devient apparente.

En 1944, cette grosseur thyroïdienne augmente de volume et en même temps la chaîne ganglionnaire cervicale devient plus importante.

L'examen montre l'existence d'un nodule thyroïdien droit, de la taille d'une grosse noix, d'une consistance un peu ferme et de mobilité normale. La chaîne ganglionnaire cervicale latérale droite est formée d'une série de ganglions dont le plus gros se trouve au voisinage de la mastoïde. Il n'existe aucun signe de Basedow; pas de dysphagie; la voix est éteinte mais les cordes vocales ne sont pas paralysées.

En février 1944, une biopsie faite au niveau d'une grosseur située au-dessus de la clavicule fait dire qu'il s'agit d'une métastase d'un épithélioma papillaire extrêmement végétant de la thyroïde, au milieu d'un ganglion. L'image est particulièrement nette de la localisation ganglionnaire. Un petit kyste situé à son niveau est constitué par la fonte nécrobiotique de proliférations néoplasiques; il y a une véritable momification de la lésion.

Le 6 mars 1944 on pratique l'ablation de la tumeur thyroïdienne. C'est une masse blanc grisâtre formée de petits nodules charnus et de kystes hématiques. Une résection totale du lobe est faite, en ménageant toutefois une parathyroïde. Un des kystes hématiques était plus volumineux, comme une mirabelle et à son inté-

rier une zone charnue végétante permettait de faire le diagnostic d'épithélioma papillaire.

Examen histologique du fragment thyroïdien (Professeur
Agrégé R. HUGUENIN) :

Tumeurs en lobules séparés les uns des autres par de petits bracelets fibreux, dans certaines d'entre elles existent des vésicules thyroïdiennes encore subnormales au milieu de zones tumorales; d'autres même ne sont guère constituées que par des vésicules normales, dans lesquelles on voit cependant s'ébaucher la prolifération néoplasique. Les lobules tumoraux sont également dissemblables tantôt vésiculaires avec un revêtement cubique, tantôt en tube avec un revêtement cylindrique, tantôt en flots pleins, enfin en quelques zones on retrouve encore des images papillaires végétantes et l'aspect est celui du carcinome médullaire des auteurs étrangers.

L'examen de la portion du corps thyroïde située en arrière de la zone tumorale montre un corps thyroïde subnormal avec de volumineuses vésicules, mais le corps thyroïde est parsemé de petits nodules d'épithélioma mi-vésiculaire, mi-papillaire végétant, de tailles variables, essaimés comme des îles dans un océan et qui ne peuvent pas être considérés comme des embolies car on voit très bien leur genèse aux dépens des parois vésiculaires, prototypes de départs multicentriques de cancers.

L'examen d'un fragment au contact de la zone suspecte montre l'existence d'un épithélioma qui s'infiltre dans la graisse et qui garde les mêmes aspects tantôt papillaires végétants, tantôt vésiculaires, tantôt en volumineux lobules.

Le 4 avril le Docteur H. WELTI pratique un curage ganglionnaire.

Il trouve des masses violacées d'aspect hématique et encapsulées s'étendant jusqu'au digastrique et s'intriquant en arrière dans les racines du plexus cervical. Elles sont formées de kystes hématiques avec, à l'intérieur des kystes, sur leur paroi, de petits nodules perlés de tissu aréolaire.

Examen histologique des nodules :

1°. — *Paquet ganglionnaire avec dégénérescence hématique* : épithélioma papillaire typique qui est manifestement développé dans un ganglion, il s'accompagne en quelques zones de sclérose réactionnelle avec calcification. En un point existe une cavité kystique entourée d'une fibrose très dense à la limite de laquelle se trouvent des débris néoplasiques.

2°. — *Ganglions* : au sein d'une masse fibreuse on trouve d'une part un ganglion sans envahissement, intact, avec sa capsule nette sur un bord et d'autre part, accolée à lui, une masse grossièrement encapsulée, la séparation étant une sorte de travée fibreuse qui pourrait résulter de la coalescence des deux capsules. Il n'est pas possible d'affirmer que cette deuxième masse néoplasique est développée dans un ganglion. Elle est constituée par un épithélioma papillaire végétant banal avec cette particularité qu'existe, dans certaines zones, de véritables momifications de cellules néoplasiques et, semble-t-il, des calcifications secondaires comme dans l'épithélioma calcifié de la peau, ces zones sont évidemment dans une sclérose très dense.

*
**

Cette observation montre bien qu'un épithélioma atypique de la thyroïde peut donner, comme c'est le cas pour bien d'autres cancers, des métastases ganglionnaires typiques.

Elle permet aussi de noter la lenteur de l'évolution de ce cancer thyroïdien, indiscutablement malin. Le début clinique remontant à 1936, alors que l'intervention ne fût pratiquée qu'en 1944.

Enfin la biopsie d'un ganglion avait permis de poser avec certitude le diagnostic d'épithélioma du corps thyroïde.

*
**

Nous reproduirons maintenant quelques observations que G. CRILE Jr. de Cleveland Clinic a publiées, en 1939, comme étant particulièrement typiques :

OBSERVATION N° 5

Ce cas illustre la grande dissémination du tissu thyroïdien aberrant latéral.

La malade était une femme mariée de 27 ans qui se plaignait d'une petite masse indolente située dans le triangle postérieur du cou, juste au-dessus de la clavicule. L'apparition de cette masse fût remarquée au cours d'une grossesse.

L'examen montrait un élargissement léger et ferme du lobe gauche de la thyroïde, de multiples tumeurs molles et mobiles du triangle postérieur gauche et plusieurs petits nodules mous, profondément situés au voisinage du sterno, à droite.

Le diagnostic clinique de ganglions tuberculeux ou de possibilité de thyroïdes aberrantes latérales fût porté et l'un des nodules fût enlevé pour un examen microscopique. On trouva que les nodules étaient des adénomes papillaires se développant sur du tissu thyroïdien aberrant latéral, et leur ablation fût décidée.

A l'intervention : 25 nodules séparés furent disséqués et le lobe gauche de la thyroïde fût complètement enlevé. Ce lobe montre un papillome diffus envahissant le tissu thyroïdien normal et s'étendant vers le milieu jusqu'à l'isthme. Les nodules latéraux étaient encapsulés, quelques-uns d'entre eux étaient tout à fait adhérents. Ceux près de la trachée et du lobe gauche de la thyroïde étaient particulièrement adhérents et paraissaient être le siège d'un processus inflammatoire qui les fixait à la trachée et les uns aux autres en masses fermes. Ce nombre de 25 nodules a pu être par la suite porté à 30 ou même davantage en séparant les tumeurs

qui adhéraient les unes aux autres et qui furent retirées en une seule masse.

La malade se porte bien un an après l'intervention.

OBSERVATION N° 6

Elle montre la lenteur de l'augmentation de volume des tumeurs.

Une femme de 22 ans a remarqué une grosseur indolente du cou six mois avant son entrée; un diagnostic de ganglions tuberculeux du cou fût fait et on pratiqua un traitement par rayons X de haut voltage sans avoir fait la preuve de la tuberculose. L'un d'eux fut enlevé par le Docteur T.-E. JONES et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome papillaire d'une thyroïde latérale aberrante.

La malade ne fût revue que *treize ans plus tard* elle revint se plaignant de l'apparition de nouveaux nodules au niveau du cou.

L'examen montra de multiples nodules derrière le sterno. de chaque côté, un nodule ferme sur la ligne médiane au-dessous de l'isthme et des tumeurs fermes bilatérales dans la thyroïde elle-même. Ces tumeurs grossissaient lentement mais pas une n'avait plus de 4 cm. de diamètre et il n'existait aucun signe de compression.

L'intervention fût décidée.

OBSERVATION N° 7

Cette observation est intéressante car il s'agit dans ce cas d'adénome indiscutablement malin.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui avait remarqué une grosseur indolente, grossissant graduellement au niveau du cou, depuis

un an. L'examen montra la présence de plusieurs nodules durs et mobiles derrière le sternum, et une tumeur dure dans le lobe droit du corps thyroïde. Un diagnostic d'adénome papillaire du corps thyroïde et de tumeurs thyroïdiennes latérales aberrantes fût fait. Six nodules furent enlevés et une résection radicale du lobe droit entier fût pratiquée. Le diagnostic de l'anatomo-pathologiste (Allen GRAHAM) fût celui d'un adénome *malin* du corps thyroïde et de multiples adénomes *malins* se développant sur du tissu thyroïdien latéral aberrant. Il y avait en effet un envahissement limité de la capsule de la tumeur thyroïdienne et les cellules tumorales se développaient dans les vaisseaux sanguins.

Plusieurs mois après le malade revint avec un nodule récidivé qui était palpable sous le sternum, à droite. A l'intervention, le sternum, la veine jugulaire et tous les tissus au contact de la tumeur à droite du cou furent enlevés; neuf autres nodules (cela fait 15 en tout) furent trouvés dans ce tissu l'un ayant été enlevé derrière la carotide et les huit autres dans le médiastin supérieur.

Le malade va bien 18 mois après la première intervention et il n'y a pas de trace de récidive ou de métastase à distance.

En ce qui concerne ce cas de G. CRILE Jr. nous ne voyons pas comment peut être éliminé systématiquement le diagnostic de métastases d'un carcinome thyroïdien.

OBSERVATION N° 8

Enfin nous rapporterons cette observation de CRILE qui est le seul cas, sur les 17 où ce chirurgien a fait le diagnostic de tumeur thyroïdienne latérale aberrante, qui ait entraîné la mort. L'intervention n'a d'ailleurs été pratiquée qu'après un long délai.

Un homme de 57 ans avait été opéré, huit ans avant son entrée, d'un important adénome papillaire du lobe droit de la thyroïde. La tumeur récidiva graduellement et ces deux dernières années

avait grossi rapidement; en même temps était apparue, du côté gauche du cou, une tumeur qui, elle aussi, avait rapidement augmenté de volume. On avait fait une série de rayons X à haut voltage sans obtenir aucune amélioration des symptômes, ni changement de la tumeur.

Examen. — Homme obèse avec difficulté marquée à respirer. Il avait une inspiration sifflante et il toussait; il ne pouvait respirer quand il était couché à plat. Il présentait de grosses tumeurs multiples bilatérales.

Examen radiologique. — La trachée, au niveau de son entrée dans le thorax, était comprimée par une tumeur qui, à gauche, descendait bien au-dessous de la crosse aortique. Les veines superficielles du cou et de la poitrine étaient dilatées.

L'intervention : onze grosses tumeurs thyroïdiennes aberrantes séparées furent enlevées du côté gauche du cou. La veine jugulaire était énormément dilatée et adhérait aux tumeurs qui l'entouraient de trois côtés. Il fût nécessaire d'enlever la veine avec les tumeurs. La carotide et le X furent soigneusement disséqués et restèrent intacts.

Le malade mourut 5 heures après l'intervention; sa conscience n'est jamais revenue et il présentait de la bradycardie et une respiration de Cheynes-Stokes.

L'autopsie montra que la jugulaire gauche et les veines sous clavières étaient complètement obturées par de grosses masses tumorales qui s'étendaient dans le médiastin jusqu'à un point situé bien au-dessous de la base du cœur.

Apparemment toutes les veines drainant le côté gauche du cou avaient été bloquées par ces tumeurs. A droite la circulation de retour du cerveau avait été interrompue par la résection de la jugulaire interne et la ligature de la jugulaire externe. La mort est survenue par congestion cérébrale et anoxémie.

Ainsi, dit CRILE, ces tumeurs bien que ne métastasent pas, peuvent grossir lentement, devenir inopérables et

donner la mort par compression. Pour cette raison, dit-il, on doit opérer quand les tumeurs sont encore petites et peuvent être facilement enlevées.

Comme dans l'observation précédente, il nous semble encore plutôt s'agir là d'un épithélioma avec métastases. Il n'est mentionné aucun examen histologique, depuis la première intervention, qui fasse la preuve de la non-malignité de ces tumeurs.

THYROÏDES ACCESSOIRES MÉDIANES

Les thyroïdes accessoires médianes se développent, ainsi que nous l'avons déjà vu à l'embryologie, aux dépens de vestiges du tractus thyro-glosse. Elles ont donc la même origine que certains kystes cervicaux et ne sont que la conséquence d'une différenciation tissulaire plus poussée.

Elles se rencontrent surtout chez la femme, étant rares chez l'homme. Elles se voient à tous les âges, mais ordinairement elles se développent surtout aux différentes étapes de la vie génitale, notamment à la puberté. Elles peuvent d'ailleurs rester latentes toute la vie et n'être que des découvertes d'autopsie.

On peut les trouver constituées de tissu thyroïdien normal; mais généralement elles se présentent comme un goître ordinaire aberrant et le plus souvent unique. Somme toute, dans la plupart des cas, c'est leur poussée goitreuse qui attire l'attention sur elles. Ces goîtres aberrants répondent aux mêmes données étiologiques, de sexe, d'âge, d'hérédité et de répartition géographique que le goître thyroïdien ordinaire avec lequel d'ailleurs elles coexistent fréquemment.

HISTOLOGIE

En dehors des rares cas où ces tumeurs sont constituées de tissu thyroïdien normal, ces goîtres aberrants présentent les mêmes types que ceux de la glande principale.

Ce sont presque toujours des formes bénignes pouvant prendre soit l'aspect d'une hyperplasie diffuse parenchymateuse ou plus souvent colloïde, soit un aspect adénomateux. Ces adénomes sont soit trabéculaires (anc. en adénome fœtal de WÖFLER), tubulaires, micro folliculaires ou soit colloïdes macro-folliculaires, difficiles à distinguer des goîtres colloïdes diffus. Par contre il est rare de trouver, dans ces thyroïdes accessoires médianes, une structure papillaire telle que celle que l'on trouve dans les adénomes colloïdes macro-folliculaires papillaires ou goîtres papillaires bénins. Ces goîtres par ailleurs peuvent très bien subir des dégénérescences hyalines, muqueuses, calcaires ou angiomateuses.

Si les formes à structure papillaire bénigne sont rares, les formes malignes le sont bien davantage encore, réalisant les papillomes malins qui sont d'ailleurs souvent difficilement différenciables des adénomes papillaires bénins. Nous rappellerons à cette occasion que notre observation n° 2 avait trait à une thyroïde accessoire médiane présentant une structure papillaire maligne. La possibilité d'adénome aberrant métastatique est également très rare. Nous citerons à ce sujet un cas, communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en Juin 1935 par G. MARCHAL, P. SOULIÉ, Ch. GRUPPER et A. ROY, ayant trait à un adéno-cancer d'un vestige thyroïdien lingual, survenu chez un homme de 59 ans et s'étant compliqué de métastases multiples, pleurale, rénale et musculaire au niveau du biceps avec anévrysme artério-veineux de l'humérale.

LOCALISATIONS — SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC

Etant donné que, suivant les différentes localisations des thyroïdes accessoires médianes, la symptomatologie varie et le diagnostic se pose différemment, nous envisagerons cette symptomatologie et ce diagnostic pour chaque localisation particulière.

*
**

Les thyroïdes accessoires médianes se situent dans l'aire thyroïdienne de WOLFLER qui est un triangle, dont la base, supérieure, est formée par le rebord inférieur du maxillaire inférieur et dont le sommet, inférieur, se situe au niveau de la crosse aortique.

Les tumeurs thyroïdiennes médianes s'étagent sur toute la hauteur du trajet thyro-glosse donnant ainsi les thyroïdes accessoires supérieures (linguales, sus-hyoïdiennes, hyoïdiennes et sous-hyoïdiennes). Ces formations peuvent être endo-thoraciques provenant d'un prolongement inférieur, sous thyroïdien, du tractus thyro-glosse. Elles peuvent être rétro-viscérales, en arrière de l'œsophage; intra laryngées, intra trachéales. Enfin, il n'est pas rare qu'elles soient déportées latéralement entre l'angle de la mâchoire et la partie supérieure de la clavicule.

*
**

Dans l'ensemble, les thyroïdes médianes, de même d'ailleurs que les latérales, sont très bien tolérées.

Au niveau de la base de la langue, où elles sont rares, elles entraînent généralement une certaine gêne à la mastication et à la déglutition et une salivation plus abon-

dante. Elles peuvent être cependant tolérées longtemps (dans un cas pendant six années). On les distinguera aisément des angiomes, fibromes, sarcomes, du cancer, l'aspect de la lésion, l'évolution rapide et l'extension aux ganglions faisant facilement le diagnostic. Le diagnostic ne se pose pratiquement pas avec la gomme syphilitique; parfois il pourrait se poser avec un kyste dermoïde ou même un kyste hydatique. Mais le diagnostic difficile à faire est celui avec les grenouillettes d'origine sublinguale, le tractus thyro-glosse pouvant d'ailleurs être lui aussi à l'origine de grenouillettes, bordées par une couche continue de cellules cylindriques ciliées.

Les tumeurs aberrantes de la région hyoïdienne sont relativement de beaucoup les plus fréquentes. Parmi les thyroïdes sus-hyoïdiennes, nous signalerons comme étant la plus connue celle dite « glande de ZUCKERKLANDL » qui se trouve située dans l'interstice cellulaire qui sépare les deux muscles génio-hyoïdiens (STRECKEISSEN) ; elle est souvent rattachée à l'os hyoïde par une sorte de pédicule. Les thyroïdes accessoires hyoïdiennes sont situées presque toujours en avant de l'os hyoïde (KADYI, STRECKEISSEN). Les thyroïdes sous hyoïdiennes se développent de préférence au devant de la membrane thyro-hyoïdienne ou sur la face antérieure des deux cartilages thyroïde et cricoïde; elles coïncident généralement avec l'absence de la pyramide de Lalouette. Ces thyroïdes accessoires ne se traduisent généralement par aucun symptôme. Lorsqu'elles sont volumineuses, les malades ne viennent consulter que pour une question d'esthétique. Les sous hyoïdiennes suivent les mouvements du larynx. Le diagnostic de ces tumeurs n'est généralement pas fait avant l'intervention. On a pu les prendre pour des adénites chroniques ou des kystes sébacés. Cependant leur situation aurait pu aiguiller le diagnostic.

Les thyroïdes médianes peuvent être déportées latéralement entre l'angle de la mâchoire et la partie supé-

rière de la clavicule. Quand elles sont situées près du maxillaire inférieur (observation n° 1) elles varient de la taille d'une noisette à celle d'un petit œuf; elles sont de consistance variable et plus ou moins régulière. La peau est normale à leur niveau. Elles sont indolores à la palpation et ne donnent pas de signes fonctionnels. Quand elles sont plus bas, au voisinage du corps thyroïde, elles risquent de comprimer la trachée, l'œsophage ou le récurrent. Ces tumeurs posent des diagnostic difficiles, le plus souvent on les prend pour des ganglions tuberculeux, beaucoup plus rarement pour des ganglions syphilitiques. Le diagnostic peut également se poser avec une tumeur du corpuscule carotidien, les lymphomes bénins ou malins, un kyste branchial ou même un kyste hydatique. La maladie de HODGKIN ou un anévrysme de la carotide sont facilement éliminés.

Quand elles sont rétro-viscérales, et dans ce cas elles ne doivent être considérées comme aberrantes que lorsqu'aucun pédicule ne les relie au corps thyroïde, ce qui est rare, elles peuvent se développer de la base du crâne à la crosse aortique, en arrière du pharynx ou de l'œsophage. Visibles ou non leur symptôme dominant est la dysphagie. Quand elles sont rétro-pharyngées le diagnostic ne se pose guère avec un abcès rétro-pharyngien que les signes cliniques et l'évolution font rapidement reconnaître. Quand elles sont situées plus bas la dysphagie qu'elles sont susceptibles d'entraîner peut faire discuter : un corps étranger, un rétrécissement, une tuberculose, une syphilis et surtout un cancer de l'œsophage, d'où l'utilité de l'œsophagoscopie.

Les thyroïdes accessoires intra-laryngées ou intra-trachéales sont le plus souvent des adénomes colloïdes implantés par une base large, sur les parois postérieure ou latérale. Elles se manifestent par des crises asphyxiques et une dyspnée progressive. Le diagnostic par les

méthodes d'exploration directe n'est pas toujours facile à faire avec une lésion de syphilis tertiaire ou héréditaire, un fibrome, un papillome, un enchondrome ou un cancer; il est particulièrement difficile de les distinguer d'un lipome.

Intra thoraciques, ces tumeurs ne présentant aucune connection avec le corps thyroïde sont peu souvent trouvées. Elles sont de volume variable et peuvent atteindre la grosseur d'un poing, généralement, directement en arrière du sternum. Petites, elles sont bien tolérées, autrement, comprimant la trachée et l'œsophage elles entraîneront de la dysphagie, des crises asphyxiques (pseudo-asthme des goitreux), de la dyspnée. Il n'est pas rare qu'elles donnent des troubles nerveux par compression du récurrent surtout (toux récurrentielle, voix bitonale), des troubles vasculaires, de la tachycardie, des palpitations. Elles sont donc susceptibles de faire soulever le diagnostic de toutes les tumeurs médiastinales, d'une hypertrophie ou d'une persistance du thymus et même parfois le diagnostic d'asthme véritable.

En résumé, le diagnostic de ces tumeurs est rendu très difficile, pour ne pas dire souvent même impossible, par le fait même de leur aberrance. Ce diagnostic n'est le plus souvent fait que par l'examen histologique d'où l'intérêt que peut présenter la biopsie. C'est en tout cas la biopsie seule qui permettra de les différencier des kystes d'origine thyro-glosse; il existe d'ailleurs des formes de transition.

EVOLUTION

L'évolution de ces tumeurs est généralement très lente. Elles peuvent rester complètement latentes. Elles se manifestent le plus souvent à l'occasion d'une poussée goî-

treuse, et leur évolution est alors la même que celle d'un goître thyroïdien banal auquel elles sont fréquemment associées. La façon dont elles sont tolérées et leur pronostic varient, bien entendu, selon leurs dimensions et la situation qu'elles occupent, à cause de la compression des organes voisins qu'elles peuvent réaliser.

Même si elles sont bien supportées, il faudra toujours se méfier de la possibilité d'hémorragies et surtout de la survenue d'une dégénérescence néoplasique. Là, comme pour la thyroïde, les néoplasmes malins surviennent souvent sur la base d'un goître nodulaire (GRAHAM et MARIN). Louis LINAS, dans sa thèse en 1918, a bien montré, en étudiant un cas de cancer de la thyroïde chez le saumon, que l'on trouvait tous les stades de transition entre l'adénome, l'adéno-carcinome et l'épithélioma véritable et malin.

Notre observation n° 2 a trait à une tumeur maligne d'une thyroïde accessoire sous hyoïdienne et nous avons déjà cité l'observation de G. MARCHAL et P. SOULIÉ se rapportant à une tumeur thyroïdienne linguale avec des métastases multiples.

Bien que ces cas de malignité aient été rarement signalés dans les thyroïdes accessoires médianes, là, ainsi que dans la glande principale, le cancer doit toujours être suspecté, comme le disent H. WELTI et R. HUGUENIN, quand un goître se met à grossir chez une malade de plus de 45 ans.

TRAITEMENT

Bien que ces tumeurs soient en général bien supportées, il est préférable, pour les raisons que nous venons de voir, de ne pas s'attarder à faire le traitement médical par l'iode, mais d'intervenir chirurgicalement; ce n'est

d'ailleurs souvent qu'à l'opération que le diagnostic est fait. Parfois on peut avoir la main forcée par la symptomatologie due à une localisation particulière. Si les examens histologiques montrent une tendance à la malignité on pourra faire suivre l'intervention d'irradiations par les Rayons X ou le radium.

On a signalé des cas de myxoedème post-opératoire (d'ABREU, J.-G. PROBSTEN et H. AGRESS, P. FRENCKNER).

SIGNIFICATION

Quels que soient le siège, la forme et les dimensions de ces thyroïdes accessoires, elles se développent toujours au voisinage du tractus thyro-glosse, et lorsque ce tractus existe lui sont intimement unies. Elles ne sont donc autre chose que des formations surnuméraires ou aberrantes, qui se sont développées aux dépens de l'ébauche médiane qui, d'après les théories modernes, donnera, en définitive, la totalité du parenchyme du corps thyroïde.

Ceci explique pourquoi ces tumeurs possèdent la même structure que la thyroïde normale et pourquoi elles présentent les mêmes réactions pathologiques aboutissant à la formation de goîtres thyroïdiens accessoires.

Rien d'étonnant alors à ce que ces thyroïdes aberrantes médianes puissent jouer un véritable rôle glandulaire. C'est ainsi qu'elles peuvent avoir un rôle de suppléance (surtout pour les thyroïdes linguales ou endo-thoraciques). Paul SAINTON et Sylvain BLONDIN communiquent à la Société d'Endocrinologie le 26 novembre 1942, deux observations où, après thyroïdectomie totale ou très large, les thyroïdes accessoires, dépassant le rôle vicariant, ont donné lieu à de l'hyperthyroïdie; et inversement une autre observation où, à la suite de l'ablation d'un goître lingual, la glande thyroïde qui paraissait inexistante a pu

jouer le rôle d'organe de secours. Nous avons signalé la possibilité de myxœdème à la suite d'ablation de thyroïdes médianes aberrantes; et notre observation n° 1 paraît bien être un cas de thyroïde médiane accessoire, un peu déportée latéralement, s'étant développée après thyroïdectomie.

THYROÏDES ACCESSOIRES LATÉRALES

Ce sont presque uniquement des auteurs étrangers qui ont publié des cas de Thyroïdes aberrantes latérales et, en dehors de quelques auteurs tels que WEGELIN, SCHRAGER et Van den WILDENBERG, principalement des auteurs de langue anglaise. C'est après l'étude de ces diverses publications que nous avons rédigé ce chapitre. Nous verrons d'ailleurs que ce sujet prête à discussion et que certains cas semblent avoir été étiquetés trop facilement Thyroïdes accessoires latérales.

Cette question requiert l'intérêt de l'embryologiste, du pathologiste et du clinicien; leur concours étant nécessaire, beaucoup plus encore que pour les thyroïdes médianes, pour arriver à identifier et à individualiser les tumeurs de ce groupe.

Nous avons vu quelles discussions embryologiques soulevait le problème de leur origine qui, cependant, pour la plupart, paraît avoir trouvé sa solution à partir des corps ultimo-branchiaux.

ETIOLOGIE

Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme (CRILE : 13 femmes pour 4 hommes. CATTEL : 10 femmes pour 3 hommes).

Elles surviennent à des âges très variables puisque CRILE dans les 17 cas qu'il publie voit cet âge varier de 10 à 57 ans, avec un âge moyen de 36 ans, et que CATTEL, sur 13 malades en a 5 au-dessous de 30 ans et 8 au-dessus dont deux respectivement de 67 et 70 ans. Il semble donc, d'après ces auteurs, que ce soit surtout aux environs de 35 ans que se manifestent ces tumeurs. Pour SCHRAGER, elles auraient tendance à croître à la puberté et à changer de volume au moment des règles.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans la grosse majorité des cas elles ne se manifestent par aucun symptôme. Il s'agit soit d'une grosseur unique, soit de plusieurs nodules qui grossissent lentement ou restent stationnaires. Seule leur présence ou leur légère augmentation de volume amène les malades à consulter.

Dans certains cas même les tumeurs ne sont découvertes qu'à l'examen, ou parfois seulement à l'intervention faite alors pour goître thyroïdien. Il est rare qu'elles produisent une compression suffisante de la trachée, des vaisseaux ou des nerfs du cou pour donner des symptômes; G. CRILE Jr. dit que c'est seulement dans 12 % des cas que des symptômes de cet ordre se sont manifestés.

Il n'y a pratiquement jamais de troubles de dysfonctionnement thyroïdien; dans les très rares cas signalés avec hyperthyroïdie, ce trouble était dû à un dysfonctionnement antérieur du corps thyroïde lui-même.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen permet parfois de découvrir un ou plusieurs nodules, mais il faut savoir qu'ils sont rarement tous

décélés par l'examen clinique à cause de leur situation profonde derrière le sterno-cléido-mastoïdien. Leur consistance est le plus souvent ferme, parfois modérément molle. On les prend habituellement pour des ganglions lymphatiques.

Il est parfois possible de sentir un lobe thyroïdien dur, car souvent la thyroïde est le siège d'une tumeur, surtout dans les cas avec nodules multiples.

DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

Le plus souvent ce diagnostic n'est pas fait. CRILE dit l'avoir fait seulement 6 fois sur 17 cas et dans ces cas il y avait au moins 6 nodules au niveau du cou et une atteinte concomitante du lobe correspondant du corps thyroïde; ce fait serait pour la plupart des auteurs un important argument diagnostique. Dans les autres cas, 2 fois le diagnostic fût soupçonné mais il lui préféra une fois le diagnostic de métastases d'un carcinome thyroïdien et une autre fois celui de ganglions tuberculeux. 3 fois avant l'intervention il porta le diagnostic de ganglions tuberculeux, 2 fois celui de kystes branchiaux, une fois celui de lymphome et une fois celui d'abcès. Dans 2 cas les nodules étaient passés inaperçus.

Le plus habituellement les thyroïdes aberrantes latérales sont prises pour des ganglions lymphatiques tuberculeux et le diagnostic est rarement fait avant l'intervention,

Le diagnostic de kystes ou d'épithéliomas branchiaux est également souvent porté, la différence en étant cliniquement impossible à faire.

Ces tumeurs thyroïdiennes peuvent aussi évoquer un lymphosarcome, au début et dans le cas de tumeurs isolées, ou des ganglions leucémiques. Dans ces cas la for-

mule sanguine et le myélogramme aideront au diagnostic.

Les diagnostics de tumeur du corpuscule carotidien, de kystes dermoïdes, de fibromes, ont pu être posés.

Les ganglions syphilitiques ne peuvent guère prêter à discussion, pas plus que la maladie de HODGKIN avec ses tumeurs dures et agglomérées dont le diagnostic sera précisé par la recherche d'autres localisations, l'examen radiologique, la formule sanguine et surtout l'examen histologique après biopsie.

Les métastases d'un épithélioma pavimenteux ne présentent aucun point commun avec ces tumeurs. Les nodules en sont extrêmement durs, adhérents aux plans profonds et augmentent plus rapidement. Le diagnostic sera confirmé par la découverte de la lésion primitive au niveau de la bouche, des lèvres, de la langue, du palais, du larynx, du pharynx, de l'œsophage ou du poumon.

Dans l'ensemble c'est surtout un diagnostic de ganglions tuberculeux que l'on fait. Ce fût le cas dans les observations n° 5 et 6 et même dans l'observation n° 4 où les nodules étaient indiscutablement les métastases d'un épithélioma thyroïdien.

Il est certain que la découverte d'une tumeur du corps thyroïde peut aiguiller le diagnostic vers la possibilité de nodules d'origine thyroïdienne; mais ce fait ne peut faire penser davantage à des thyroïdes accessoires qu'à des métastases.

LOCALISATIONS, NOMBRE ET ASPECT DES TUMEURS

Ce n'est que l'intervention qui permet de préciser la topographie des nodules. D'après LAZARUS et ROSENTHAL, dans 75 à 80 % des cas, il sont situés dans la portion

moyenne du cou, derrière le sterno. En fait leur distribution est très variable et on peut les trouver dans tous les triangles du cou. Ils se situent aussi bien à droite qu'à gauche. G. CRILE Jr. en a trouvé 5 cas sur 17 où ils étaient bilatéraux, avec presque toujours cependant un seul nodule d'un côté; 9 cas présentaient plus de six nodules aberrants et il existait également une atteinte du lobe correspondant du corps thyroïde, dans la plupart de ces cas à nombreux nodules il y avait des tumeurs dans la partie supérieure du médiastin et on trouvait également des nodules, en arrière, vers la trachée et la gaine de la carotide. CATTEL sur 13 cas a trouvé un cas où trois nodules adhéraient à la carotide primitive et 4 cas où ils adhéraient à la jugulaire interne.

Le nombre des nodules varie de 1 à 25 et même 30 (observation n° 5). CRILE ne rapporte que 4 cas sur 17 avec un nodule unique, tandis que CATTEL en cite 8 cas sur 13 et que dans 4 cas une série de tumeurs s'étendait de la mastoïde et du maxillaire inférieur à la clavicule.

La taille de ces thyroïdes latérales est extrêmement variable puisque, d'après LAWTON, elle varie de quelques centimètres à 10 cm. et même davantage. La plupart du temps, elles sont d'une couleur foncée, bleu noirâtre, et plus ou moins dures selon la quantité de formations kystiques qu'elles présentent. Plus rarement elles ont l'aspect de tissu thyroïdien normal. Elles sont entourées d'une capsule très vasculaire et peuvent être plus ou moins adhérentes surtout lorsqu'elles sont à proximité de la trachée ou des vaisseaux; il arrive que plusieurs nodules soient agglomérés entre eux.

DIAGNOSTIC A L'INTERVENTION

Ce n'est généralement qu'à l'intervention que le diagnostic de ces tumeurs peut être porté.

On peut cependant les confondre parfois, à cause de leur coloration bleuâtre, avec les métastases d'un carcinome mélanique. Mais il est beaucoup plus difficile de ne pas les confondre avec des ganglions lymphatiques ou des kystes branchiaux.

Ces kystes, provenant de la fermeture imparfaite des arcs branchiaux, ont un contenu muqueux, gélatineux ou même sébacé. Ils contiennent fréquemment des débris cellulaires et des cristaux de cholestérine. La membrane bordante est épithéliale comme dans les thyroïdes aberrantes.

Le diagnostic avec les ganglions lymphatiques est extrêmement difficile à faire; d'ailleurs quelquefois, d'après CATTEL, les thyroïdes aberrantes latérales peuvent être associées à de vrais nodules lymphatiques. Pour CRILE, le trait caractéristique qui différencie ces nodules lymphatiques est leur vascularisation et la présence de vaisseaux sanguins nettement visibles dans la capsule qui peut être épaisse : hyaline, fibreuse ou graisseuse; pour lui, cet aspect macroscopique plutôt que l'aspect microscopique rejette la possibilité de métastases carcinomateuses. Il dit aussi que l'association de ces nodules à une tumeur thyroïdienne est un fait suffisant pour baser le diagnostic. Nous ne voyons pas comment ce caractère pourrait permettre d'éliminer l'éventualité de métastases lymphatiques. On conçoit alors toute l'importance que prend l'examen histologique.

HISTOLOGIE

Ces tumeurs présentent d'une façon à peu près constante une structure papillaire. Ce que FORTY traduit en disant : « La structure papillaire est presque universelle dans les thyroïdes latérales aberrantes ».



La nomenclature différant souvent avec chacun des auteurs, il importe de définir les termes employés avant d'entreprendre l'étude histologique.

D'après la classification de WEGELIN il existe deux sortes de formations papillaires :

1°. — *Le goître papillaire bénin ou adénome colloïde macro-folliculaire* appelé le plus souvent simplement : *adénome papillaire*, qui se présente sous forme de végétations plus ou moins ramifiées dans les cavités. Les follicules et les végétations sont tapissées par une assise cellulaire unique, unie et régulière. On y trouve des micro-follicules contenant une colloïde normale.

2°. — *L'adénome papillaire malin* est encore dénommé *cystadénome papillifère de Wölfier*, *papillome de Langhans*, *adéno-carcinome papillifère de Graham*, *papillome malin ou cysto-épithéliome papillifère*. Il peut revêtir une forme solide où les cavités sont tapissées par un épithélium à cellules uni ou polystratifiées donnant naissance à des végétations très ramifiées formées d'un mince stroma revêtu de cellules cylindriques, et où l'on peut rencontrer des follicules lymphoïdes dans les cavités. Il peut également revêtir une forme kystique avec des végétations semblables mais présentant de grosses poches souvent hématiques.

Cette forme maligne est en réalité une forme à malignité atténuée. C'est elle que l'on appelle encore *épithélioma végétant typique*; et lorsque les auteurs de langue anglaise emploient le terme de *carcinome papillaire* c'est à elle qu'ils veulent faire allusion.

Il sera souvent très difficile de dire histologiquement si ces formations papillaires sont bénignes ou malignes.

Il existerait assez souvent dans les tumeurs aberrantes de structure papillaire des calcifications, des hémorragies, de la hyalinisation des tissus conjonctifs et de la dégénérescence kystique. Ces tumeurs peuvent également contenir une quantité variable de tissu lymphoïde.

*
**

Nous allons maintenant rapporter quelques chiffres :

Sur 17 cas, G. CRILE et A. GRAHAM ont trouvé :

11 cas d'adénomes bénins papillaires, kystiques ou pleins.

5 cas de carcinomes papillaires.

1 cas de 17 tumeurs qui avaient toutes une structure d'adénome malin non papillaire.

CATTEL cite :

6 cas sans caractère d'invasion et sans prolifération épithéliale.

5 cas avec des caractères malins.

2 cas qui sont de nets adéno-carcinomes.

1 cas où les nodules multiples ne présentaient qu'une simple hyperplasie colloïde.

Dans de nombreux cas, il existe une atteinte concomitante du corps thyroïde :

CRILE en cite 11 cas sur 17 étiquetés comme suit :

— Adénomes papillaires bénins : 3 cas.

— Carcinomes papillaires : 5 cas.

— Adénome malin sans structure papillaire : 1 cas.

— Nodules palpés dans la thyroïde mais intervention refusée : 2 cas.

— Dans 2 cas seulement il s'agissait de 2 goîtres

colloïdes banaux, dont un avait à l'adolescence donné lieu à de l'hyperthyroïdie.

— Enfin, la thyroïde était normale dans 4 cas seulement.

Pour CATTEL, dans 6 cas où le lobe thyroïdien correspondant a été enlevé :

- dans 1 cas il s'agissait d'une hyperplasie simple;
- dans 1 cas d'un adénome;
- dans 3 cas d'un cystadénome papillaire que l'on pensa être malin; le même caractère de malignité ayant été trouvé dans les nodules;
- dans 1 cas d'un adéno-carcinome, comme dans les nodules.

Donc, dans la majorité des cas, il existe une atteinte concomitante du corps thyroïde qui présente une lésion soit le plus souvent analogue, soit parfois différente de celle des nodules. Les cas où le corps thyroïde était intact sont rares. (CRILE 4 fois sur 17.)

*
**

Le degré de malignité tel que peut en rendre compte l'examen histologique est apprécié différemment selon les auteurs.

Pour Van den WILDENBERG, il est très difficile de dire quand elle est fortement papillaire si n'importe quelle tumeur est encore bénigne.

LAHEY va jusqu'à prétendre que la tumeur thyroïdienne qui les accompagne souvent est une métastase de ces thyroïdes aberrantes.

Certains (LAZARUS et ROSENTHAL, LAWTON) pensant,

comme il est couramment admis, que la tumeur thyroïdienne est une tumeur de même origine que les nodules latéraux et qu'elle se développe en même temps qu'eux, croient néanmoins que ces thyroïdes aberrantes latérales sont susceptibles de donner des métastases.

Dans notre observation n° 3, si on élimine la possibilité du fait que le radium ait pu entraîner la disparition des caractères histologiques de malignité d'un épithélioma au niveau du fragment thyroïdien, hypothèse qui ne peut cependant être exclue totalement, on peut penser qu'il s'agit de thyroïdes aberrantes ayant métastasé aux ganglions lymphatiques. En effet, certains nodules, ne montrant qu'une image purement papillaire ou vésiculo-papillaire sans trace de formations lymphoïdes, peuvent être interprétés comme des formations thyroïdiennes aberrantes. Une coupe montrant un envahissement diffus et massif de la graisse avec remaniement scléreux permet d'affirmer la malignité. Enfin une image typique de ganglion lymphatique, ne présentant qu'en un point périphérique très localisé un envahissement par le tissu thyroïdien pathologique, permet d'affirmer l'existence d'une métastase ganglionnaire.

Au contraire CATTEL et surtout CRILE insistent sur leur peu de malignité. CRILE prétend que les tumeurs papillaires des thyroïdes aberrantes, ainsi que celles de la thyroïde elle-même, sont remarquablement bénignes et que, même lorsqu'il emploie le terme de carcinome papillaire, il s'agit de tumeurs montrant peu de signes de poussée maligne et difficiles à différencier de tumeurs bénignes. Comme signes de malignité il donne l'invasion de la capsule et surtout celle des vaisseaux qui ne se verraient guère que dans les tumeurs présentant une structure médullaire associée à une structure papillaire, tumeurs qu'il rejette du cadre des tumeurs papillaires. Pour lui, les thyroïdes accessoires latérales ne donnent

jamais de métastases et ne récidivent localement que si elles sont incomplètement enlevées.

*
**

Nous avons vu les difficultés que posait le diagnostic macroscopique entre les tumeurs latérales aberrantes et les métastases ganglionnaires. Histologiquement, pour la majorité des auteurs, les difficultés subsistent et même CRILE, qui nie complètement l'hypothèse de métastases d'un carcinome papillaire de la thyroïde, admet que, à l'examen microscopique, il est difficile de faire la différence, ces nodules pouvant contenir une quantité considérable de tissu lymphoïde et avoir l'apparence histologique d'un ganglion. La solution du problème est donnée dit-il par l'évolution clinique.

EVOLUTION, TRAITEMENT, PRONOSTIC

Les tumeurs thyroïdiennes accessoires latérales sont en général très bien tolérées, ne se manifestant par aucun symptôme. Leur augmentation de volume, quand elle existe, est extrêmement lente et modérée. Elles peuvent aussi rester latentes et passer inaperçues des malades. Dans certains cas elles ont évolué longtemps avant d'être opérées, comme dans notre Observation n° 3 (en admettant qu'il s'agisse de tumeurs thyroïdiennes latérales) où elles ont commencé à augmenter de volume 6 ans avant l'intervention et l'Observation n° 6 où elles ont évolué pendant 13 ans sans aucun symptôme avant d'être enlevées. Cependant, rarement il est vrai, des troubles ont pu finir par apparaître quand l'intervention a été trop longtemps différée comme dans l'Observation n° 8.

■
**

CRILE ne pense pas que le traitement préventif par

les Rayons X, puisse donner des résultats appréciables et il cite quatre cas à l'appui. Aucun des auteurs étrangers ne signale l'emploi de la curiethérapie. Cependant nous avons vu les résultats obtenus dans notre observation n° 3 par le Professeur Agrégé R. HUGUENIN. La curiethérapie pratiquée comme l'auteur le fait couramment dans les épithéliomas thyroïdiens, avec une irradiation continue de 15, à 20 jours parfois, et des doses équivalentes à 250 à 350 mm δ , a déterminé dans ce cas une régression des masses, qui s'est peu manifestée au cours du traitement, mais qui, dans les mois suivants, a été assez importante et a surtout abouti à la « décoalescence » des masses tumorales. Ainsi ce traitement a permis l'intervention qui primitivement aurait été impossible, tant était grande la fixité de ces masses.

La chirurgie est le traitement de choix pour toutes les tumeurs latérales aberrantes, à condition d'enlever la totalité de ces tumeurs ce qui nécessite parfois l'ablation du sterno. et de la jugulaire interne. La plupart des auteurs préconisent un traitement de sécurité post-opératoire par les Rayons X.

*
**

L'évolution de ces tumeurs à la suite de l'intervention est dans l'ensemble favorable et montre un degré de malignité peu élevé.

Le partisan le plus convaincu de leur malignité est DUNHILL qui en a rapporté 4 cas; mais dans 2 cas il ne put suivre les malades plus de deux ans après l'intervention; dans le troisième cas une récurrence locale se développa et le malade mourut neuf mois après, et dans le quatrième le malade mourut d'une occlusion intestinale secondaire à une tumeur maligne pelvienne, mais la preuve de son origine thyroïdienne n'aurait jamais été faite.

CATTEL, sur 12 malades, suivis de 2 ans à 5 ans après l'intervention, ne cite que 2 cas de récurrence dont un deux ans après l'intervention, en dépit de rayons X répétés. Il conclut au peu de malignité de ces tumeurs dont on peut poser un bon pronostic.

MORITZ et BAYLESS sur les 45 cas de thyroïdes latérales aberrantes recueillis par eux et classés comme malins, n'en mentionne que 2 où la mort soit survenue à la suite d'une récurrence.

G. CRILE JR., sur 17 cas opérés par lui à Cleveland Clinic, n'en cite qu'un où le malade soit mort après l'intervention (Obs. n° 8). 2 autres malades n'ont pas été suivis depuis l'opération et aucun des 14 restants suivis de 6 mois à 13 ans (4 ans en moyenne) n'est mort du fait de ses tumeurs thyroïdiennes. 6 de ces derniers malades ont eu des récurrences, 2 ont refusé une nouvelle intervention, pour les autres il est intervenu une deuxième fois. Il signale qu'aucun de ces malades, qui ont eu une récurrence, ne souffre actuellement d'aucun trouble et que tous furent opérés la première fois au moment où il n'avait pas encore découvert la large répartition des nodules; et il conclut en disant que les tumeurs récidivées ne représentaient pas de vraies récurrences mais étaient des tumeurs primitives qu'il n'avait pas vues lors de la première intervention.

RESTRICTIONS
SEMBLANT DEVOIR ETRE APPORTEES
AU CADRE
DES THYROIDES ACCESSOIRES LATERALES

Nous avons essayé d'exposer ce que dans l'ensemble les auteurs étrangers, très partisans des thyroïdes aberrantes latérales, ont écrit sur ce sujet. Dans la littéra-

ture française nous n'avons réussi à trouver que le cas de S. CHWAT de Nancy, publié en 1937.

La question se pose de savoir si, au contraire de ce qu'affirment les partisans convaincus des thyroïdes accessoires latérales, certains cas, englobés dans ce groupe, ne seraient pas plutôt des métastases papillaires d'un carcinome thyroïdien.

L'argument basé sur le fait que la répartition de ces tumeurs thyroïdiennes latérales est tout à fait en rapport avec celle des lymphatiques du corps thyroïde, qui aboutissent aux ganglions des chaînes jugulaires internes, récurrentielles et latéro-trachéales et aux ganglions de la bifurcation carotidienne, n'est pas suffisamment convaincant, d'autant plus que certains embryologistes prétendent que les thyroïdes latérales tirent leur origine du système lymphatique thyro-thymique.

Le fait que ces tumeurs se présentent pratiquement toujours sous l'aspect d'une néoformation papillaire (nous n'avons trouvé qu'une seule fois dans la littérature un cas de thyroïde latérale, publié par CATTEL, où il n'existait qu'une simple hyperplasie colloïde*) ne suffit pas non plus à en faire des métastases car il n'y a rien d'étonnant à ce que ces résidus embryonnaires aient une tendance marquée à évoluer vers une hyperplasie épithéliale.

Par contre, la constatation d'une tumeur maligne concomitante au niveau du corps thyroïde est beaucoup plus troublante. En effet, nous trouvons que dans 6 des 13 cas publiés par CRILE comme présentant également une lésion thyroïdienne, cette lésion était 5 fois un carcinome

* P.-S. — Au moment où nous mettons sous presse le Professeur Agrégé R. HUGUENIN nous communique un cas de thyroïdes latérales aberrantes dont il vient de faire l'examen tout récemment et où il n'existe aucune structure papillaire mais une simple hyperplasie colloïde.

papillaire, et une fois un adénome malin sans structure papillaire, et que, dans 4 cas de CATTEL sur 6 ou il y avait une tumeur thyroïdienne, 3 fois elle était très vraisemblablement maligne et dans 1 cas elle fût étiquetée adéno-carcinome. CRILE affirme d'ailleurs que, histologiquement, il est très difficile de faire la différence entre tumeur bénigne et maligne et que souvent la distinction entre un adénome papillaire de la thyroïde associé à de multiples adénomes papillaires survenant sur du tissu thyroïdien latéral aberrant et un carcinome papillaire avec métastases aux ganglions lymphatiques, est à peu près impossible. La présence de tissu lymphoïde, en quantité parfois considérable dans les thyroïdes accessoires latérales et qui peut leur donner l'allure de ganglions lymphatiques, n'infirmerait pas non plus, pour lui, le diagnostic, étant donné que les sinus cervicaux, kystes et autres anomalies embryologiques du cou ont tendance à en contenir de grandes quantités. Cependant il nous paraît incontestable que dans certains cas le diagnostic de métastases carcinomateuses peut être posé par l'examen histologique, c'est le cas, par exemple, du ganglion lymphatique, avec un envahissement périphérique extrêmement localisé, observé par le Professeur Agrégé R. HUGUENIN et mentionné au sujet de notre observation n° 3.

G. CRILE JR. se base surtout sur l'évolution pour affirmer la bénignité; c'est un fait, en effet, que les néoformations papillaires de la thyroïde évoluent généralement d'une façon très lente. Mais ceci n'est pas suffisant pour constituer un argument péremptoire, d'autant plus que les observations rapportées ne bénéficient pas, en général, d'un recul suffisant. Cette lenteur d'évolution ne saurait faire rejeter toute idée de malignité. Notre observation n° 4 est un exemple d'épithélioma médullaire du corps thyroïde, donnant d'ailleurs des métastases strictement papillaires, qui a évolué pendant 8 ans avant l'intervention, sans donner de troubles. D'autres néoplasmes, assu-

rément pas bénins, sont remarquables par l'existence possible d'une très longue période de latence. C'est le cas du cancer du rein de l'adulte qui peut rester latent pendant plusieurs années, de certains cancers du poumon qui peuvent rester longtemps strictement intra-bronchiques, de la Maladie de Paget du sein, dont l'évolution maligne ne devient souvent manifeste qu'au bout de plusieurs années. C'est également le cas des épithéliomas pavimenteux de la peau, non seulement du baso-cellulaire qui ne donne pas d'adénopathie cancéreuse mais finit cependant par entraîner la mort, mais parfois aussi du spino-cellulaire qui peut ne se généraliser qu'après plusieurs années. L'absence de métastases à distance n'est pas non plus une preuve suffisante de bénignité; le cancer de la langue, la tumeur mixte de la parotide ne donnent pas de métastases lointaines.

En conséquence, il nous semble, et c'est l'opinion du Docteur H. WELTI et du Professeur Agrégé R. HUGUENIN, que le cadre des thyroïdes accessoires latérales a été exagérément élargi et qu'il n'y a pas lieu de nier systématiquement la possibilité de métastases d'un épithélioma thyroïdien au niveau des lymphatiques du cou. Il est cependant bien évident que dans les cas, rares d'ailleurs, où il n'existe aucune tumeur thyroïdienne, ou lorsque cette tumeur quand elle existe est véritablement un *adénome* papillaire, le diagnostic de thyroïdes latérales aberrantes ne saurait être contesté.

SIGNIFICATION

Les thyroïdes accessoires latérales apparaissent donc comme tout à fait différentes des thyroïdes accessoires médianes, non seulement à cause de leur localisation mais aussi du point de vue embryologique, histologique et fonctionnel.

Leur origine est loin d'être aussi facile à expliquer que celle des thyroïdes médianes; la conception, tendant à établir leur provenance à partir des corps ultimo-branchiaux, semble actuellement devoir dominer les autres.

Alors que les autres tumeurs aberrantes présentent une structure glandulaire semblable à celle du corps thyroïde et se manifestent surtout par leur poussée goitreuse, les thyroïdes latérales montrent à peu près constamment, pour la plupart des auteurs, une structure papillaire, ce qui s'explique par le fait qu'elles proviennent de débris embryonnaires anormalement situés qui, d'après les conceptions modernes, n'étaient destinés à donner aucune partie constitutive de parenchyme thyroïdien, et qui, par conséquent, présentent une forte tendance à la dégénérescence. Cependant les thyroïdes latérales peuvent être parfois de structure colloïde et l'on peut y voir croître la prolifération épithéliomateuse comme dans le corps thyroïde.

Cette origine tout à fait différente explique également que les thyroïdes accessoires latérales ne puissent jouer aucun rôle fonctionnel; elles ne suppléent pas le corps thyroïde comme les formations médianes et leur ablation n'est jamais suivie de myxœdème.

On pense généralement que l'existence de tumeur papillaire concomitante du corps thyroïde est due au fait que ces tumeurs se développent aux dépens de débris provenant des ébauches latérales, inclus dans le corps thyroïde et non résorbés.

Nous avons vu ce que les opinions des auteurs étrangers, surtout de langue anglaise, nous semblent avoir de trop absolues en ce qui concerne le cadre des thyroïdes accessoires latérales.

CONCLUSIONS

I. — Les thyroïdes accessoires forment deux groupes bien distincts embryologiquement, histologiquement et souvent même cliniquement.

II. — Ces formations dues à des anomalies embryologiques sont rares. Tant en ce qui concerne les thyroïdes accessoires médianes, que les thyroïdes accessoires latérales elles restent des curiosités pathologiques.

III. — Les thyroïdes médianes, venues du tractus thyro-glosse, méritent vraiment le nom d'accessoires. Elles peuvent se comporter comme de véritables glandes thyroïdes en situation anormale et jouer ainsi un rôle de suppléance plus ou moins important. Elles présentent généralement la structure d'un goître ordinaire.

IV. — Les thyroïdes latérales provenant de débris fœtaux qui ne contribueraient pas finalement à la formation du corps thyroïde, présentent dans la grosse majorité des cas une structure papillaire et n'ont aucun rôle glandulaire. Le nom de thyroïdes aberrantes leur convient donc mieux que celui d'accessoires.

V. — Dans l'un et l'autre cas, le corps thyroïde est fréquemment le siège d'une lésion de structure identique à celle des thyroïdes accessoires.

VI. — Si la question des thyroïdes accessoires média-

nes est bien définie, celle des formations aberrantes latérales est loin de l'être. Des restrictions semblent devoir être apportées au cadre que l'on a donné à ces tumeurs; dans de nombreux cas, en effet, leur preuve n'est pas faite et il s'agit plutôt de métastases ganglionnaires d'un épithélioma thyroïdien.

VII. — Le diagnostic de ces tumeurs, et surtout celui des thyroïdes accessoires latérales, n'est le plus souvent fait qu'à l'intervention.

VIII. — Le traitement chirurgical et le traitement de choix. On devra toujours y avoir recours soit pour les formations médianes, une dégénérescence maligne étant toujours à craindre et les signes fonctionnels pouvant commander l'intervention, soit surtout pour les thyroïdes aberrantes latérales qui, malgré la lenteur de leur évolution, montrent une nette tendance à la malignité.

Les irradiations par le radium ou les Rayons X seront, dans certains cas, un précieux traitement adjuvant.

Dans ces conditions de traitement un pronostic favorable peut généralement être porté.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

(Chapitre complété efficacement grâce aux fichiers
du *Monde Médical*.)

BALDENWECK-M. LEVY-DEKER. — Un cas de goître sous glottique et laryngé. (*Ann. d'oto-laryngologie*, juin 1936).

BILLINGS (A.-E.) et PAUL (J.-R.). — Tumors of lateral aberrant thyroids. (*Bull. Ayer Clin. Lab. Penn. Hospital*, 1925, n° 9).

BERARD (L.) et DUNET (Ch.). — Cancer thyroïdien. Doin éditeur.)

CATTEL (R.-B.). — Aberrant thyroïd. (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1931, n° 97).

CHWAT (S.). — Un cas de cancer de thyroïde aberrante latérale. (*Oto-rhino-laryngol. int.*, 1937, n° 21).

CRILE (George Jr.). — Papillary tumors of thyroïd and lateral aberrant thyroïd origin. (*Surg. Gynec. and obst.*, juillet 1939, n° 69).

— Tumors of lateral aberrant thyroïd origin. (*J. A. M. A.*, septembre 1939, n° 113).

CUENOT. — Contribution à l'étude du goître métastatique. (*Thèse*, Paris, 1941).

CUNEO (B.). — Sur une classification des goîtres. (*Mémoire acad. chirurgie*, 1938).

D'ABREU (Al.). — Significance of lateral aberrant thyroids. (*Lancet*, 1935, n° 2).

- DUBREUIL (G.). — Leçons d'embryologie humaine. (Vigot Frères, 1929).
- DUNHILL (T.-P.). — Carcinoma of the thyroïd gland. (*Brit. Journ. Surg.*, 1931, n° 19).
- ESTELLE. — Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde. (*Thèse*, Montpellier, 1923).
- FORTY (Franck). — Tumors of aberrant lateral thyroïd. (*Brit. Journ. Surg.*, 1933, n° 20).
- FOURNIER (Jean). — Etude anatomo-clinique des cancers thyroïdiens. (*Thèse*, Lille, 1938-39).
- FRENCKNER (P.). — Risk of hypothyroïdism following operation of lingual thyroïd. (*Acta. Oto-laryng.*, 1939, n° 27).
- GAHAM (Allen). — Malignant tumor of the thyroïd epithelial types. (*Ann. Surg.*, 1925, n° 82).
- HENTZ (V.-G.). — Lateral aberrant thyroïd. (*Medical Record*, 1935, n° 142).
- HUGUENIN (R.). — Les cancers du corps thyroïde. (*Journ. Méd. Français*, 1933).
- LAHEY. — Tissu thyroïdien aberrant latéral. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1939, n° 69).
- LAZARUS et ROSENTHAL. — Lateral aberrant thyroïd glands. (*Ann. of Surg.*, décembre 1933).
- LEMAITRE (L.-A.). — Le goître bénin métastatique existe-t-il ? (*Thèse*, Lille, 1921-22).
- LAWTON (S.-E.). — Lateral aberrant thyroïd glands. (*Surg. Gynec. Obst.*, 1933).
- LINAS (Louis). — Le cancer de la thyroïde chez le saumon. (*Thèse*, Montpellier, 1918).
- MARCHAL (G.), SOULIE (P.), GRUPPER (Ch.) et ROY (A.). — Adénocancer d'un vestige thyroïdien de la langue avec métastases multiples. (*Bul. Soc. Méd. Hx. Paris*, juin 1935).

- MORITZ (A.-R.) et BAYLESS (F.). — Lateral cervical tumors of aberrant thyroïd tissue. (*Arch. Surg.*, 1932).
- PATOUREAU (Paul). — Contribution à l'étude des goîtres aberrants. (*Thèse*, Paris, 1912-13).
- PEMBERTON. — Treatment of carcinoma of thyroïd gland. (*Ann. Surg.*, 1934).
- PROBSTEIN (J.-G.) et AGRESS (H.). — Myxedema following removal of aberrant thyroïd tumor. (*New England J. Med.*, juin 1936).
- REMY NERIS. — Le tractus thyro-glosse : embryologie topographique — pathologie chirurgicale. (*Thèse*, Paris 1929).
- RUBIN (H.). — Aberrant lingual thyroïd. (*Am. J. Surg.*, 1936).
- SAINTON (Paul) et BLONDIN (Sylvain). — Réaction des glandes thyroïdiennes aberrantes à la suite de la thyroïdectomie subtotale ou très large. (*Presse Médicale*, 1943, p. 35).
- SERBOURCE. — Tractus thyro-glosse. (*Thèse*, Paris 1910).
- TESTUT et LATARGET. — Traité d'anatomie humaine. (Livre X — Corps thyroïde.)
- THOMANN (L.). — Kystes branchiaux amygdaloïdes du cou. (*Thèse*, Paris, 1925).
- VAN DEN WILDENBERG. — Contribution à l'étude des thyroïdes aberrantes latérales. (*Annales d'oto-rhino-laryngologie*, octobre 1934).
- WELTI (H.). — Les indications des différentes techniques de la thyroïdectomie. (*Mémoire de l'acad. de Chirurgie*, 1937, p. 1380 à 1398).
- WELTI (H.) et HUGUENIN (R.). — Malignant tumors of the thyroïd gland. (*Transactions of the third international goiter conference* — Washington, 1938).
- In : *American associat. for the study of goiter*. Edité par : *Western Journal of Surg. obst. and Gynec.* Portland (O, R. E.).

A titre d'indication nous donnons la bibliographie suivante que nous n'avons pu consulter du fait de la guerre :

CATTEL. — Tumors of lateral aberrant thyroïd origin. (*Tr. am. Study Goiter*, 1940).

COHN (L.-C.), STEWART (G.-A.). — Tumors of lateral thyroïd component. (*Arch. Surg.*, avril 1940).

GAY (J.-C.). — Midline aberrant thyroïd — report of case. (*South-Surgery*, mars 1941).

HAMECD. — Lateral aberrant thyroïd. (*Brit. M. J.*, mars 1940).

HERNANDEZ FERRARI. — Consideraciones clinico quirurgicas a proposito de un caso de tiroïdes aberrantes laterales. (*Bol. Y Trab. Acad. Argent. de Cir.*, août 1940).

LEMMON (W.-T.), PASCHAL (Jr.). — Lingual thyroïd. (*A. M. J. Surg.*, avril 1941).

SMITH (M.-K.). — Papillary adenoma of aberrant thyroïd. (*Ann. Surg.*, Janvier 1941).

TOUROFF. — Coexisting carcinomata of thyroïd and aberrant thyroïd with regional metastases. (*Ann. Surg.*, janvier 1941).

WARD (R.). — Relation of tumors of lateral aberrant thyroïd tissue to malignant disease of thyroïd gland. (*Arch. Surg.*, 1940).

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
EMBRYOLOGIE	17
OBSERVATIONS	25
THYROÏDES ACCESSOIRES MÉDIANES	43
— Histologie	44
— Localisation — Symptomatologie — Diagnostic	45
— Evolution	48
— Traitement	49
— Signification	50
THYROÏDES ACCESSOIRES LATÉRALES	53
— Etiologie	53
— Symptomatologie	54
— Examen clinique	54
— Diagnostic pré-opératoire	55
— Localisations — Nombre et aspect des tumeurs	56
— Diagnostic à l'intervention	57
— Histologie	58
— Evolution — Traitement — Pronostic	63
— Restrictions semblant devoir être apportées au cadre des thyroïdes accessoires latérales	65
— Signification	68
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
